

MICHELA SCHULDT

EXPECTATIVAS PROFISSIONAIS DE ALUNOS DO
CURSO DE MEDICINA DA UFSC

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2004**

MICHELA SCHULDT

**EXPECTATIVAS PROFISSIONAIS DE ALUNOS DO
CURSO DE MEDICINA DA UFSC**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Presidente do Colegiado do Curso: Prof. Edson Cardoso
Orientador: Prof. Dr. Marco Aurélio Da Ros**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2004**

Se as coisas são inatingíveis... ora! Não é motivo para não querê-las...

Que tristes os caminhos, se não fora a presença distante das estrelas!

(Mário Quintana)

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pelo incentivo e por me proporcionarem a possibilidade de cursar esta faculdade.

A meu amigo e orientador Marcão, pela paciência e bom-humor, e por sempre inspirar todos a sua volta com um sentimento de que tudo pode dar certo.

A minha irmã Elke Zuleika Schuldt pela amizade e “co-orientação” em meio a muitas gargalhadas.

A meus queridos amigos Heitor Tognoli Silva, André Giacomelli Leal, Sheila Fantin Buratti, Nagele Belletini Hahn, Juliana Kadletz da Silva, Vivian de Souza Menegassi, Jaime Lin, Marcus Vinícius Josino, e todos os outros que não citei, por compartilhar os momentos de angústia e de alegria, bem como as infalíveis e desesperadoras trocas de plantões.

Aos estudantes de medicina que tornaram possível a realização deste trabalho.

A este enorme país que, com muito esforço, ainda consegue proporcionar a algumas pessoas privilegiadas como eu, um ensino superior gratuito e de qualidade.

A Deus, por que é o que dá sentido a tudo.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	01
2	OBJETIVO	11
3	MÉTODO	12
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	16
5	CONCLUSÕES	33
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
7	RESUMO	36
8	SUMMARY	37

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho procura contribuir para o entendimento da intersecção existente entre o panorama atual das necessidades de saúde da população brasileira, a formação médica – no que diz respeito à tendência dos alunos à especialização – e as residências médicas pagas pelo governo.

Sendo assim, segue abaixo uma breve introdução sobre cada um dos itens inter-relacionados.

1.1 Necessidades de saúde da população

O redirecionamento do modo de se fazer saúde no Brasil talvez seja o maior desafio do novo governo na área da saúde. Ainda proveniente de uma lógica baseada na realização de procedimentos, focado nos hospitais e que supervaloriza a tecnologia, o modelo atual tem como resultado uma fragmentação do cuidado e a produção de resultados muito aquém das necessidades da população brasileira.¹

Neste contexto, aos poucos foi desaparecendo o espaço para a prática do generalista e os especialistas passaram a ser porta de entrada dos pacientes aos sistemas de saúde, tanto público quanto privado. Multiplicaram-se as consultas, divididas entre os responsáveis por um ou outro órgão, pelo cuidado de um ou outro aparelho, e conseqüentemente diminuiu a resolubilidade em relação aos problemas de saúde de cada pessoa.²

Do ponto de vista da abordagem dos problemas de saúde, a utilização dos especialistas como porta de entrada do sistema implica vários problemas. A partir da premissa de que problemas comuns poderiam ser abordados e resolvidos por um generalista, o olhar do especialista, além de muitas vezes incompleto e fragmentado, é muito mais caro, visto que desnecessariamente é pedida uma quantidade maior de exames, utilizam-se recursos terapêuticos mais caros e requintados, sem que se possa visualizar uma diferença significativa nos resultados.²

A fragmentação da atenção da mesma forma implicou a não-construção de vínculos, ou ainda, a construção de vínculos muito fracos na relação médico-paciente, além da desresponsabilização dos profissionais em relação à saúde geral do paciente e a consequente insatisfação do usuário em relação à atenção que recebe.¹

Os profissionais médicos também parecem resistir a se afastar do ideal de prática que cultivam, isto é, como especialista com alguma inserção em um hospital privado de alto nível ou como profissional “liberal” em um consultório privado. A este contexto correspondem, como cenário ideal de práticas, o hospital e outros equipamentos que permitam acesso às tecnologias. O outro caminho não muito apreciado está associado à atenção básica, “o médico de posto”, e ao plantonista da emergência nos pronto-atendimentos e hospitais da periferia.¹

Porém mesmo neste cenário, de progressiva desresponsabilização do Estado em relação à manutenção da saúde das populações, tornou-se financeiramente insustentável o modelo baseado prioritariamente na utilização intensiva de tecnologia, na especialização, no hospital e no médico.²

1.2 Os desejos dos estudantes por especialidades

1.2.1 Um breve discurso histórico

A concepção de medicina prevalente na França e Alemanha por volta de 1850 partia do princípio de que a mesma era uma ciência social, e as relações entre saúde e doença e condições econômicas e sociais deveriam ser submetidas à investigação científica. Suas bases científicas e ideológicas levaram inclusive à apresentação da Lei de Saúde Pública, submetida à Sociedade Berlinense de Cirurgiões em 1849, que constava de um modelo em que o Estado deveria providenciar número de médicos, bem treinados, para atuar na promoção à saúde e combate à doença, tratando de implementar um saudável desenvolvimento tanto físico como mental do cidadão.³

Em 1893, Behring, médico alemão, assinalava que tais idéias mereciam restrições, porque de acordo com a nascente teoria das doenças infecciosas de Pasteur, o médico poderia trabalhar na sua “especificidade” sem a necessidade de um desvio para considerações e reflexões sociais.³

Além desta, outras teorias surgiram sobre a gênese do conceito de doença, como a escola anatomo-clínica de Claude-Bernard, o estudo das doenças nos tecidos por Bichat, e a pesquisa de Virchow na patologia celular.⁴

O que havia em comum às novas concepções era a negação da medicina enquanto ciência da sociedade. A medicina enquanto ciência social implicava em compromisso e redirecionamento econômico do Estado, enquanto as novas concepções, além de desonerar o Estado, localizando a responsabilidade da doença no indivíduo, necessitavam do desenvolvimento de equipamentos e medicamentos muito mais compatíveis com a lógica capitalista em desenvolvimento.⁵

Enquanto isto se passava na Europa, nas Américas desenvolvia-se um modelo eclético de medicina, inclusive valorizando conhecimentos populares e místicos.⁶ Nos EUA, segundo os reformistas, a situação no final do século XIX era caótica. Existiam cerca de 150 escolas que poderiam ser abertas sem nenhum discernimento, vinculadas ou não a instituições universitárias, providas ou desprovidas de equipamentos, com critérios de admissão completamente aleatórios, com tempo de duração díspares e sem fundamentação teórica/científica.⁷

Flexner, em 1910, realiza uma primeira grande avaliação sobre o ensino médico nos Estados Unidos, que aponta resumidamente para um modelo, que embora reformule e modernize o ensino médico, tem as seguintes características ideológicas⁶: mecanicismo, biologicismo, individualismo, especialismo, tecnificação do ato médico, ênfase na medicina curativa, exclusão das práticas alternativas.

A legitimação ou validação da “medicina científica” sob a forma do Relatório Flexner, obviamente, não surge de forma aleatória. A Fundação Carnegie, instituição provedora, tinha como objeto de estudo a educação médica, jurídica e religiosa, por entender que os profissionais resultantes de tais áreas tinham impacto direto nas pessoas, exerciam papel estabilizador nas comunidades. Foram investidos, para sua implementação, cerca de US\$ 300 milhões, no período de 1910 a 1930. Além do forte interesse das grandes indústrias, há evidente movimento corporativo através da

Associação Médica Americana (AMA), cujo objetivo era tornar hegemônica a “medicina científica”, opondo-se à ameaça dos homeopatas e dos que acreditavam que a medicina antes de ser uma ciência, era a arte de curar.⁷

Como consequência, fecham-se diversas escolas médicas nos EUA, que não atendiam a esta base de “organicidade com as emergentes transformações do capitalismo industrial e monopolista do começo do século”, cumprindo um “sólido papel na transformação da prática médica”.⁸

Com o término da Segunda Guerra Mundial, novas relações econômicas e culturais foram estabelecidas no mundo todo, e produziu-se uma mudança no tipo de influência sobre a educação médica latino-americana. Antes da metade do século, as escolas de medicina da maioria dos países recebiam influência principalmente da Espanha, Portugal, França, Alemanha e Reino Unido. A partir de 1945, a influência européia decresceu, passando a haver um predomínio norte-americano também na educação médica.⁹

As modificações ocorridas nas faculdades de medicina da América Latina a partir de 1950 repetem os conteúdos surgidos deste modelo nos EUA. O Brasil até 1950 tinha 16 cursos de medicina. Entre 1950 e 1971 surgem mais 59 faculdades que por orientação federal seguem o modelo flexneriano.⁴

Durante o regime militar, ocorreu uma reforma universitária que oficializou a separação entre o chamado currículo básico e o profissionalizante, modificando ainda mais a lógica interna dos currículos, favorecendo sobremaneira a lógica do complexo-médico industrial.⁴

Na década de 70 surge o Movimento Sanitário, a partir da unificação de movimentos que se indispõem com a lógica e a prática imposta pelo governo militar aos cursos na área da saúde. O processo que se instala é de disputa pela hegemonia no setor, tanto nas práticas de saúde como no discurso.⁴

Em 1988/89 é aprovada pela nova Constituição, a lei do SUS (Sistema Único de Saúde) que assegura legalmente os seguintes princípios: integralidade das ações, equilíbrio do conhecimento geral/especializado, determinação social do processo saúde-doença, trabalho interdisciplinar, uso de tecnologia adequada e a inclusão de práticas alternativas.⁴

Porém, apesar da proposta do SUS, nos últimos quarenta anos teve início e adquiriu forte impulso o processo de desenvolvimento das especialidades médicas. Se do ponto de vista da produção do conhecimento a especialização propiciou, em certo sentido, inequívoco progresso, seu impacto na organização da prática e da formação médicas foi devastador, em razão da fragmentação excessiva da capacidade de intervenção prática e da aquisição do conhecimento.²

1.2.2 O currículo do curso de Medicina da UFSC

O objetivo do curso de medicina da UFSC, segundo o currículo do curso datado de 05/05/94 é o que segue: ⁴

“O curso de graduação em medicina propôs-se a formar profissional que possua conhecimentos adequados para enfrentar a realidade com atitude crítica, de maneira que possa, junto com outros profissionais da equipe de saúde atuar um mundo dinâmico e em permanente evolução, visando a promoção e proteção, recuperação e reabilitação da saúde do paciente, família e comunidade, objetivando formar um profissional capaz de identificar as bases da conduta do ser humano, seu desenvolvimento e sua função normal”.

Com um prazo mínimo de duração de 10 semestres e um prazo máximo de 18 semestres, o curso tem uma carga horária obrigatória de 8046 h, uma carga optativa de 108, perfazendo um total de 8154 h. ⁷ Fazendo uma correlação entre o que o objetivo do curso propõe e as disciplinas ministradas, encontramos várias incompatibilidades.

A disciplina de metodologia científica - indispensável para a realização de qualquer pesquisa científica, incluindo, por exemplo, o trabalho de conclusão de curso - possui uma carga horária de apenas 18 horas, e é oferecida prematuramente na 2ª fase da formação acadêmica. A disciplina de Ética também é ministrada em meio ao ciclo básico, com uma carga horária de somente 36 horas.⁴ Ambas as disciplinas tem um importante papel na formação médica, porém possuem um número de aulas menor que Inglês, ao meu ver, de relevância muito menor, mas com carga horária total de 54 horas, sendo também integrante do ciclo básico.

A morfologia – leia-se anatomia do indivíduo – é responsável por 450 horas obrigatórias.⁴ Esta carga horária destinada à visão biológica do homem, com uma pequena destinação ao homem inserido a seu meio, em um aluno recém admitido no curso, não iniciado, provoca profundas marcas em sua formação subsequente. A coerção de pensamento exercida nesta fase, pode estilizar o ver formativo para o entendimento biológico da relação saúde-doença. A ocorrência sistemática e diária da relação do aluno com o cadáver, suas peças anatômicas, seus tecidos, tendem a descontextualizar o homem inserido dentro do seu aspecto sócio-histórico. Tendem a vê-lo mecanicamente, como o resultado de interações bioquímicas e estruturais.⁷

Percebe-se também a ausência de disciplinas de terapêutica, quando se fala em “recuperação e reabilitação da saúde”. Os conteúdos que tratam de medicamentos são dados na 3ª e 4ª fase, pela farmacologia, ainda parte integrante do ciclo básico, com pouca ou nenhuma correlação clínica.⁴

A fim de se tornar “um profissional capaz de identificar as bases da conduta do ser humano” o aluno dispõe somente das 72 horas da disciplina de Psicologia Médica, na 4ª fase do curso.⁴

As disciplinas ministradas para o curso de medicina, no “profissionalizante”, são dadas exclusivamente para a medicina, não havendo possibilidades de convivência “junto com outros profissionais da equipe de saúde”, segundo prediz o objetivo (com raríssimas exceções, por exemplo, nas práticas hospitalares e nos postos de saúde).⁴

A atividade didático-assistencial de todos os departamentos clínicos acontece dentro do ambiente hospitalar. Apenas o Departamento de Saúde Pública desenvolve atividades em outros ambientes. Fica nítida a execução dos princípios educacionais hospitalocêntricos propagados pelo modelo biomédico Flexneriano.⁷

Durante o ciclo profissionalizante, são destinadas 7092 horas aos departamentos clínicos (clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria e tocoginecologia) e apenas 1152 horas ao Departamento de Saúde Pública.⁷

Este dado torna-se relevante quando pensamos no perfil do médico que a escola pretende formar. Esta maciça carga de conteúdos clínicos exerce uma coerção de pensamento na execução da formação do Estilo de Pensamento. O domínio de conteúdos clínicos segue a lógica do ciclo básico. Se concebo o ser

humano sujeito a leis naturais e gerais, funcionando como uma máquina, com estrutura química, física e biológica, entendo que o adoecer faz parte de um problema desta máquina. E que esta máquina pode ser entendida através da soma de suas partes. O homem nesta condição é retirado da sua sociedade.⁷

A ênfase é dada no indivíduo físico, visto de forma fragmentada, cabendo ao estudante compor os fragmentos para recompor um indivíduo de poucas emoções, não inserido na sociedade, nem na família, indo de encontro ao que diz o objetivo.⁴

O curso tem a maior carga horária de toda a universidade, e cada vez mais conteúdos especializados foram sendo introduzidos durante a formação de graduação. Multiplicaram-se e fragmentaram-se tempos e disciplinas. Cada vez mais exames e procedimentos ocuparam o lugar do exame físico e do contato direto com o paciente no processo de abordagem diagnóstica.⁴

No interior da formação acadêmica ocorre uma disputa pela hegemonia de um determinado estilo de pensamento sobre outros – visto que as bases para pensar a doença de um microbiologista, de um cirurgião, de um sanitarista ou de um clínico geral são incompatíveis, e toda sua forma de pensar a doença é compatível com seu estilo de pensamento.⁴

Entretanto, a não fixação a um coletivo de pensamento durante a formação médica, conduziria a uma maior flexibilidade para um novo estilo de pensamento, o pensamento médico, este sim, seria compatível com os objetivos propostos pelo curso, e conduziria para a unidade do raciocínio médico.⁴

1.3 As residências pagas pelo governo

A Residência Médica existe no Brasil desde a década de 40. Até a metade da década de 50 os programas atingiam apenas uma parte muito pequena dos egressos das escolas médicas. Nos dez anos seguintes foi havendo ampliação gradual do número de programas, num processo de consolidação da Residência Médica como modalidade de especialização dos profissionais médicos em todas as regiões do país.²

A multiplicação da procura por vagas de Residência Médica pelos recém-formados ocorreu principalmente pela perda radical da terminalidade da graduação – esta, consequência da introdução precoce das especialidades e da insuficiência do treinamento prático proporcionado pelas faculdades de medicina durante o processo de formação.²

De acordo com os dados da pesquisa “Perfil dos Médicos”, em 1995, 74% dos médicos em atividade cursaram programas de Residência Médica e quase 27% dos médicos declararam haver cumprido dois programas. Por outro lado, 40% referiram curso de especialização após a formatura. No cômputo final, entre as residências concluídas e exames prestados, 59% dos médicos brasileiros possuíam título de especialista.²

Além disso, houve importante ampliação do número de vagas nas escolas médicas, que não foi acompanhada de medidas para reorganizar o mercado de trabalho médico, ou seja, para enfrentar a desigualdade da distribuição desse profissional. A criação de postos de trabalho, portanto, continuou seguindo a mesma lógica de concentração nos locais de maior riqueza. A concentração de empregos nas grandes cidades fez com que aumentasse substancialmente a competição pelas melhores colocações no mercado.²

O perfil do profissional a ser absorvido pelo mercado também começou a mudar em razão de numerosos fatores: o desenvolvimento tecnológico e da área de equipamentos, a adoção do modelo de atenção baseado na utilização intensiva (e progressiva) de tecnologia. Tudo isso contribuiu para a especialização do médico e a consequente reorganização do mercado de trabalho.²

E apesar das tendências atuais de reorganização das práticas sanitárias, com uma revalorização da formação geral e maior ênfase em promoção e prevenção, as vagas para Residência Médica continuam em expansão. Em 1982 havia 1500 vagas de residentes de 1º. ano e em 1984 essas vagas já eram 4097. Ou seja, já nessa ocasião, quase 51% dos médicos graduados tinham oportunidade de ingressar em programas de Residência Médica.²

A Comissão Nacional de Residência Médica credenciou, para o ano de 2003, 20.458 vagas de Residência Médica, sendo 8.574 para Residentes de primeiro ano.

Estas vagas foram credenciadas para 2.550 programas de Residência Médica, distribuídas em 415 Instituições de Saúde.¹⁰

Os governos estaduais, geralmente por meio das Secretarias Estaduais de Saúde, são os principais financiadores de bolsas (quase 50% delas), seguidos pelo Ministério da Educação e pelas instituições privadas.²

Segue abaixo (tabela 01) a quantidade de vagas em residência médica, nas diversas especialidades, oferecidas na Região Sul, financiadas pelos governos municipal, estadual e federal.¹⁰

Tabela 01: Quantidade de vagas de residência médica, oferecidas nos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, no ano de 2003, segundo a Comissão Nacional de Residência Médica.¹⁰

RESIDÊNCIA	NÚMERO DE VAGAS			
	PR	SC	RS	TOTAL
ALERGIA E IMUNOLOGIA	---	---	04	04
ANESTESIOLOGIA	33	36	54	123
ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR	04	04	07	15
CANCEROLOGIA	04	04	11	19
CARDIOLOGIA	10	08	42	60
CIRURGIA APARELHO DIGESTIVO	04	12	---	16
CIRURGIA CARDIOVASCULAR	08	08	16	32
CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO	---	---	04	04
CIRURGIA DO TRAUMA	---	---	06	06
CIRURGIA GERAL	32	43	86	161
CIRURGIA PEDIÁTRICA	06	03	06	15
CIRURGIA PLÁSTICA	---	03	09	12
CLÍNICA MÉDICA	80	62	136	278
COLOPROCTOLOGIA	02	---	06	08
DERMATOLOGIA	09	---	10	19
ENDOCRINOLOGIA	08	02	12	22
GASTROENTEROLOGIA	08	04	17	29
GENÉTICA MÉDICA	---	---	04	04
GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	41	25	115	181

HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA	04	06	04	14
INFECTOLOGIA	12	---	14	26
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	14	16	70	100
MEDICINA DO TRABALHO	---	---	04	04
MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO	---	---	03	03
MEDICINA INTENSIVA	02	04	04	10
MEDICINA NUCLEAR	---	---	03	03
NEFROLOGIA	06	04	15	25
NEUROCIRURGIA	08	---	04	12
NEUROLOGIA	17	06	12	35
NEUROPEDIATRIA	---	---	04	04
OFTALMOLOGIA	15	15	15	45
ONCOLOGIA PEDIÁTRICA	---	---	02	02
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	18	24	15	57
OTORRINOLARINGOLOGIA	15	---	15	30
PATOLOGIA	12	09	21	42
PEDIATRIA	80	49	132	261
PNEUMOLOGIA	08	02	17	27
PSIQUIATRIA	14	08	78	100
PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	---	---	04	04
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	15	06	21	42
REUMATOLOGIA	04	---	04	08
TERAPIA INTENSIVA	---	---	04	04
UROLOGIA	08	04	12	24

2 OBJETIVO

2.1 GERAL

Contribuir para o entendimento das expectativas profissionais dos estudantes de Medicina através da análise das concepções dos acadêmicos da 10ª fase da Universidade Federal de Santa Catarina, ingressados no primeiro semestre de 1999, a respeito da relação entre a escolha dos alunos por especialidades, as residências médicas pagas pelo Governo e as necessidades de saúde da população.

2.2 ESPECÍFICOS

- ✓ Verificar a partir dos comentários e respostas obtidas quais são as propostas prioritárias para a questão supracitada, do ponto de vista dos graduandos entrevistados.

- ✓ Colaborar para a sugestão de um plano de reestruturação das Residências Médicas financiadas pelo SUS

3 MÉTODO

3.1 Pesquisa Social

A partir de uma análise antropológica, podemos dizer que o homem sempre esteve preocupado em conhecer sua realidade. Para isso, criou vários instrumentos como, por exemplo, a arte, a poesia, a religião e a filosofia.¹¹

A ciência também tem importante papel na busca desse conhecimento, porém é apenas uma forma de expressão desta busca, não exclusiva, não conclusiva, não definitiva.¹¹

Na sociedade ocidental, no entanto, temos a ciência como uma forma hegemônica de construção da realidade, considerada por muitos críticos como um novo mito, por sua pretensão de único promotor e critério de verdade. No campo científico, há os que buscam a uniformidade dos procedimentos para compreender tanto o natural quanto o social, e há também os que reivindicam a total diferença e especificidade do campo humano.¹¹

A discussão em torno de como abordar as ciências sociais se desdobra em várias questões. A primeira é que, enquanto seres humanos, somos agentes da realidade da qual estamos tratando. Em segundo lugar, se buscarmos a objetivação própria das ciências naturais, poderíamos estar descaracterizando o que há de mais essencial nos fenômenos e processos sociais, isto é, todo o significado dado pela subjetividade.¹¹

A ciência, portanto, deve ser pensada como uma idéia reguladora, porém passível de abstração e não como sinônimo de modelos e normas a serem seguidos. Assim, poderíamos dizer que o trabalho científico progride em duas direções: por um lado elabora suas teorias, métodos e princípios e estabelece seus resultados; e por outro, ratifica seu caminho, abandona determinadas vias e encaminha-se para certas direções privilegiadas. Sendo assim, a partir desta idéia de devir no conceito de ciência, não se pode trabalhar nas ciências sociais com normas imutáveis e pré-estabelecidas. A pesquisa social é sempre tateante, mas ao progredir, elabora critérios de orientação cada vez mais precisos.¹¹

O objeto das ciências sociais é o homem, um ser histórico, que vive o presente construído a partir do passado, ao mesmo tempo que projeta e cria seu futuro. Além disso, o ser humano é essencialmente qualitativo – onde sua realidade é mais rica que qualquer teoria, qualquer pensamento e qualquer discurso que possamos elaborar sobre ela.¹¹

3.2 Pesquisa Qualitativa

A pesquisa pode ser conceituada como a atividade básica da ciência que por meio de indagações constrói a realidade.¹¹

A pesquisa qualitativa, em particular nas ciências sociais, responde a questões que não podem ser quantificadas. Isto é, ela trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondentes a um espaço mais profundo das relações, processos e fenômenos que não podem ser limitados à escassez de algumas variáveis.¹²

Quando se quer investigar a maneira de agir e de pensar relativos a determinado assunto, admite-se que uma pesquisa quantitativa é inadequada, pois tenderia a objetivar o subjetivo, quantificando o que não é mensurável.¹² Segundo Minayo,¹² a análise quantitativa fundamenta-se na frequência de aparição de certos elementos da mensagem, utiliza instrumentos padronizados e pretensamente neutros para expressar generalizações com precisão e objetividade.

A pesquisa qualitativa, por sua vez, permite uma abordagem subjetiva das mensagens, lida com a vivência e a experiência para compreender e explicar a dinâmica das relações sociais, as quais contêm uma infinidade de crenças, valores, atitudes e hábitos. Fundamenta-se na presença (ou ausência) de elementos, e não na frequência de sua aparição.¹³

A análise de conteúdo utilizada para analisar as respostas dadas nos questionários não se limita a descrever o conteúdo das mensagens segundo procedimentos sistemáticos e objetivos. Faz mais do que isso, analisando significados contidos nas mensagens, pois o interesse não reside somente na

simples exposição dos conteúdos, mas principalmente no que estes nos poderão ensinar após serem descritos.^{13, 14}

É importante ressaltar que a análise muda conforme quem a analisa. A relação com o objeto não se dá de forma “neutra”, mas na dependência das idéias antecedentes do investigador. Além disso, existe uma identidade entre sujeito e objeto, seja por razões culturais, de classe, de faixa etária, ou por qualquer outro motivo, tornando-os solidariamente imbricados e comprometidos.¹² Porém, segundo Minayo 1994:¹²

“Isto não implica em uma visão maniqueísta, onde o pesquisador reconstrói a realidade com “segundas intenções políticas”, mas sim a uma característica intrínseca do conhecimento científico: ele é sempre histórica e socialmente condicionado. O pesquisador opera escolhas (mesmo sem ter percepção clara disto), tendo como horizontes sua posição social e a mentalidade de um momento histórico concreto”.

3.3 Coleta de Dados

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa qualitativa, de análise de conteúdo ¹¹, realizada com os alunos da 10ª fase do curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), ingressados no primeiro semestre de 1999.

O universo da pesquisa foi constituído de 44 alunos (todos os presentes), de uma turma de 48 alunos. Os acadêmicos responderam ao questionário na presença de um professor em sala de aula.

Cada questionário recebeu um número (Q1 a Q44), que foi utilizado para identificar as respostas dos alunos, citadas nos resultados.

A pesquisa foi baseada em uma (01) questão discursiva, de um total de 05 questões sobre saúde pública aplicadas aos alunos no início do internato médico. Neste mesmo dia, os alunos também responderam a mais 05 questões em cada uma das outras principais áreas médicas (Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ginecologia e Pediatria), somando um total de 25 questões.

Segue a questão utilizada como base do trabalho:

“As necessidades de saúde da população X Os desejos dos estudantes por especialidades X As residências pagas pelo governo. Como adequar essas aparentes contradições?”

O tipo de análise dos questionários foi sendo construída após a obtenção das respostas, no decorrer do trabalho.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise das respostas dos questionários, foram encontradas sete categorias que os alunos sugeriram como possíveis adequações entre as necessidades de saúde da população, os desejos dos estudantes por especialidades e as residências pagas pelo governo:

- ✓ Mudança curricular
- ✓ Programa de Saúde da Família
- ✓ Formação de médico generalista
- ✓ Residências pagas pelo governo adequadas às necessidades da população
- ✓ Políticas públicas que favoreçam o médico da atenção básica
- ✓ Especialista trabalhando simultaneamente como médico generalista
- ✓ Restringir a criação de novas escolas médicas

4.1 Mudança curricular

Atualmente, a maioria dos cursos de graduação em saúde no Brasil vive sérios dilemas. Por um lado, há a necessidade de incorporação de um volume crescente de novos conhecimentos e tecnologias. Por outro, a pressão pelo atendimento às demandas sociais geradas pelas peculiaridades e desigualdades do nosso país.¹⁵

A formação acadêmica na graduação tem-se baseado em currículos cuja formulação, através de “grades curriculares” caracteriza-se por excessiva rigidez, que advém, em grande parte, da fixação detalhada de conteúdos disciplinares. Essa situação resulta na diminuição da margem de liberdade das instituições de ensino superior para organizarem suas atividades de ensino e dos alunos de serem agentes ativos na sua formação.¹⁵

Além disso, a educação médica, entendida como processo de produção de médicos, está intimamente relacionada às macroestruturas e tendências econômicas

e políticas, ao conceito de saúde e de necessidades de saúde (ambos historicamente definidos), à organização dos serviços e políticas de saúde e, particularmente, à prática médica.²

A concepção biologicista hegemônica características dos Estilos de Pensamento presentes na formação do médico é balizadora das estratégias educacionais. E estes Estilos de Pensamento são resultantes de condicionamentos sociais, históricos, econômicos e antropológicos.⁷

As escolas médicas, portanto, podem oscilar entre propostas e projetos transformadores ou reprodutores do modelo hegemônico, a depender do resultado das disputas que se estabeleçam em seu interior, as quais estão também relacionadas com forças externas, como partidos políticos, entidades da corporação e movimentos sociais.²

Essa disputa pela hegemonia no interior da formação acadêmica acaba influenciando o direcionamento curricular que é dado ao longo do curso, como observado também pelos alunos:

“O estudante entra muito novo... e acaba por seguir seus “mestres”. Como temos “mestres” cirurgiões..., ou que não estão adequados à realidade brasileira, acabam por formar discípulos não aptos para trabalhar com a população de um modo geral”. (Q26)

O professor superespecialista acaba sendo um exemplo a ser seguido: alguém profissionalmente e economicamente bem sucedido com conhecimento profundo em área específica.⁷

Surgem ainda fatores diretamente relacionados com o ensino, fruto da experiência acumulada na educação. Há plena convicção de que o ensino compartimentalizado em disciplinas tende a formar profissionais preparados para uma visão segmentada do paciente¹⁵, como destacado nas respostas colhidas:

“A corrida por especialidades e subespecialidades que as nossas faculdades de medicina vêem hoje tem raízes na formação do acadêmico, ou seja, no currículo escolar. Temos matérias e aulas muito específicas e especializadas, enquanto que

nos faltou a atenção básica. Nos faltou a direção para o estudo dos problemas mais comuns e corriqueiros da população. Nos faltou a semiologia, pois é a fonte de toda a informação”. (Q40)

“O conteúdo do curso deve direcionar e priorizar as aulas para a atenção básica e não disponibilizar tanta carga horária para as especialidades, como é atualmente feito”. (Q44)

Apesar da complexidade e das diferentes variáveis que envolvem o processo saúde/doença, não existe integração interdisciplinar durante o processo de formação médica. Não há diálogo entre as disciplinas de caráter clínico biomédico, não há diálogo com os diferentes profissionais da área da saúde e nem, tão pouco, com os diferentes saberes como sociologia, antropologia e psicologia.⁷

Uma análise dos conteúdos programáticos das escolas médicas brasileiras revela uma hegemonia absoluta no entendimento do processo saúde/doença centrado em indivíduos biológicos.¹⁶ Hoje, as Escolas Médicas, seus professores e seus livros enfatizam os fatores particulares produtores de doenças. Esta abordagem tradicional, sustentada pelo modelo biomédico, argumenta que mudanças biológicas precedem e sucedem mudanças sociológicas.⁷

A ênfase nas doenças não capacita os acadêmicos para atuarem como promotores da saúde integral do ser humano, fato este igualmente destacado:

“o curso de medicina na maioria das vezes é ministrado dentro do hospital, na sala de aula só se fala de doença e sentados na cadeira estão estudantes de classes sociais mais privilegiadas, alguns filhos de médico... Isso gera uma procura imensa pela especialização...” (Q27)

O hospitalocentrismo desenvolvido pelas diferentes escolas segue o modelo biomédico flexneriano e compatibiliza-se com a exclusão da sociedade nas questões relativas à saúde e doença.⁷

A assistência hospitalar centralizada, como solução tanto para a atenção quanto para a formação dos profissionais da saúde, torna evidente o colapso da assistência à saúde. Há a necessidade de implantação de um modelo de promoção e atenção integral à saúde preconizado para o país, num sistema hierarquizado de referência e contra-referência e trabalho em equipe.¹⁴

O Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, no dia 18 de dezembro de 2001, lançaram um programa de incentivos às mudanças nos cursos de medicina – o PROMED. O programa pretende oferecer apoio técnico e financeiro para as escolas médicas que se dispuserem a entrar em processos de mudança que levem a um trabalho articulado com os serviços de saúde, à adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem e à formação geral, crítica e humanista.²

A perspectiva atual, seguindo a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, é a de assegurar maior flexibilidade na organização de cursos e carreiras, atendendo à crescente heterogeneidade tanto da formação prévia como das expectativas e dos interesses dos alunos.¹⁵

Algumas das expectativas dos alunos em relação à mudança curricular, podem ser verificadas a seguir:

“A formação do médico deve ser generalista, visando ao seu preparo para, em seis anos, exercer a medicina com segurança, conhecimento e habilidade para resolver grande parte dos problemas de uma população”. (Q34)

E, felizmente, tal conteúdo também pode ser encontrado no conjunto das Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado em 1º de dezembro de 2001:

Art. 3º. – O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.¹⁵

4.2 Programa de Saúde da Família

O Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). Seu principal propósito: reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.¹⁷

A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.¹⁷

O incentivo ao PSF foi apontado pelos estudantes como uma das possíveis adequações:

“Hoje o governo incentiva o programa de saúde da família” (Q25)

As equipes multiprofissionais do PSF são formadas por um médico generalista, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde (o número de agentes comunitários varia de acordo com o número de pessoas sob a responsabilidade da equipe). Recomenda-se que uma equipe faça o acompanhamento de, no máximo, 4.500 pessoas. Em média, uma equipe do PSF atende a 3.450 pessoas. No país inteiro, mais de 200 mil pessoas trabalham no programa.¹⁷

O valor referente à transferência de recursos para manutenção das equipes de Saúde da Família nos municípios varia de acordo com as faixas de cobertura populacional. Quanto maior o percentual de pessoas atendidas no município maior o valor do repasse por ano, que varia desde R\$ 28 mil até R\$ 54 mil por equipe. Além desses recursos, são repassados mais R\$ 10 mil sempre que uma nova equipe é implantada. Esse valor destina-se ao financiamento da adequação da unidade de saúde onde estará atuando essa nova equipe. Se a equipe for desativada num período de 12 meses após sua implantação, o valor deverá ser estornado.¹⁷

Funcionando adequadamente, as unidades básicas do programa são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando um atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população.¹⁷

A implantação do Programa Saúde da Família depende, antes de tudo, da decisão política da administração municipal, que deve submeter a proposta ao Conselho Municipal de Saúde e discutir o assunto com as comunidades a serem beneficiadas. O Ministério da Saúde, juntamente com as Secretarias Estaduais de Saúde, está empenhado em dar todo o apoio necessário à elaboração do projeto e à sua implantação.¹⁷

A estratégia do PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - e está estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família.¹⁷

Diante dos ótimos resultados já alcançados, o Ministério da Saúde está estimulando a ampliação do número de equipes de Saúde da Família no Brasil. E, para isso, é fundamental a mobilização das comunidades e dos prefeitos, pois só por intermédio deles as portas dos municípios se abrirão para a saúde entrar.¹⁷

O PSF apresenta crescimento expressivo desde a sua criação, em 1994, e atinge, em 2003, o acompanhamento de cerca de 50 milhões de brasileiros em 80,1% dos municípios brasileiros - 4.455 municípios. Atualmente, estão em funcionamento 18.815 equipes de Saúde da Família e, nos próximos quatro anos, o Ministério da Saúde quer aumentar para 34 mil o número de equipes que levarão assistência básica a mais de 100 milhões de brasileiros.¹⁷

Os alunos também destacaram a perspectiva de um bom salário a partir da ampliação da abrangência e dos recursos destinados ao Programa de Saúde da Família:

“Por isso atualmente o grande incentivo para que os recém-formados se enquadrem no PSF (Programa de Saúde da Família) com um bom salário a princípio”. (Q19)

O Ministério da Saúde firmou, no dia 08/12, com um grupo de 100 municípios (lista anexa) a carta de compromisso para liberação de recursos do Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (PROESF). Esta carta é o instrumento de garantia de implementação das ações apresentadas nos projetos municipais para ampliação do Saúde da família. Para viabilizar os projetos, o Ministério da Saúde aplicará, até o fim de 2004, o valor de R\$ 42,46 milhões.¹⁷

“É importante o governo atrair estudantes para a atenção básica, é o caso do Programa de Saúde da Família, onde devido a uma remuneração melhor tem atraído jovens médicos para a saúde coletiva”. (Q10)

A adoção do Programa de Saúde da Família (PSF) no Brasil propiciou mudanças no modelo tradicional de atenção à saúde, rompendo com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde, ampliando o acesso às ações, melhorando a oferta dos serviços e contribuindo para consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).¹⁷

Para o Ministério da Saúde, na condição de gestor nacional do SUS, o Programa representa um importante avanço em direção aos princípios estabelecidos na Constituição Federal: amplo acesso aos serviços de saúde, atenção integral, adequada às necessidades individuais e coletivas, com qualidade e alta resolutividade, para todos os brasileiros.¹⁷

4.3 Formação de médico generalista

As propostas de formação de profissionais de saúde no Brasil têm hoje o estímulo de duas forças antagônicas. Por um lado, a proposta do movimento sanitário brasileiro de lutar pelo resgate humanista da prática profissional, para que possa colaborar com a qualidade de vida das pessoas, implantando-se uma Reforma Sanitária autêntica (esta, ainda em luta permanente com o complexo médico industrial). Por outro lado, as propostas do Banco Mundial (1993), para que os Países gastem menos com práticas de saúde, uma vez que da forma como vêm sendo gastos os recursos, crescendo ininterruptamente, com tecnologia de alto

custo sendo usada indiscriminadamente (herança flexneriana apropriada pelo complexo médico-industrial), inviabiliza-se a economia dos países tanto de primeiro como de terceiro mundo.¹⁸

Entende-se, portanto, que por dois caminhos absolutamente diferentes, o que está em pauta é a modificação das práticas sanitárias e, em ambas as propostas, o processo de educação de profissionais é uma das variáveis fundamentais a ser pensada e colocada em execução.¹⁸

Se o objetivo do graduado é prestar serviços com competência no sentido de influir positivamente nos indicadores de qualidade da saúde de indivíduos e da população^{19, 7}, precisamos direcionar o ensino médico com um currículo mínimo que contemple as necessidades básicas populacionais.^{20, 7} O desenvolvimento curricular deve assegurar competências para a execução das tarefas assistenciais prevalentes nas coletividades.^{21, 7}

A tendência de formação de profissionais com perfil e capacidades distintas das produzidas pelo modelo hegemônico de formação, foi igualmente apontada pelos alunos:

"Sabe-se que a grande maioria dos problemas de saúde da população podem ser resolvidos por profissionais do nível de atenção primária, ou seja, os clínicos gerais. Sendo assim, é natural que haja incentivo por parte das autoridades governamentais em promover a formação dos profissionais de que necessitam". (Q28)

"A população precisa de um médico generalista, humanista que enfoque os aspectos biológicos da doença sim, mas também na mesma intensidade que enfoque aspectos sociais e psicológicos". (Q39)

As pressões e demandas pelas mudanças na formação dos profissionais de saúde, especialmente dos médicos, têm crescido e partido de distintos segmentos – dos usuários aos gestores de todas as esferas do sistema.²

Nos últimos anos, em função disso, tem existido uma tendência à reorganização das práticas: tanto na área pública (buscando efetividade e

diminuição de custos para garantir atenção universal) como na privada (buscando efetividade e diminuição de custos para garantir lucratividade). Há tendências à ambulatorização dos cuidados – com o crescimento de uma atenção de menor custo, praticada por equipes menores – a restrições e críticas quanto ao uso das tecnologias e das especialidades e ao incentivo à atenção domiciliar.²

A proposta de maior investimento na atenção básica a fim de reduzir os custos e tornar o sistema de saúde mais eficiente, foi observada também pelos alunos:

"Já as necessidades de saúde da população poderiam ser resolvidas, em +- 80% dos casos, através do clínico geral. Isto levaria à descentralização do atendimento de saúde, diminuição dos gastos, resolução em menor tempo de problemas médicos que hoje levam até meses, resumindo, melhor qualidade no atendimento à saúde". (Q32)

"...a população necessita de mais médicos gerais para o atendimento básico". (Q18)

Ainda que complexo e contraditório, o movimento pela reorganização da atenção à saúde vem avançando, especialmente com a estratégia da Saúde da Família.²

É momento de se valorizar e reconhecer o generalista e identificá-lo em sua posição legítima com alta capacidade de resolução dos problemas comuns de saúde e como indispensável agente modificador dos padrões de promoção à saúde. Neste sentido, é necessário também que esta valorização se dê em nível de honorários para que a atividade se torne atrativa aos alunos de medicina.⁷

4.4 Residências pagas pelo governo adequadas às necessidades da população

A partir dos dados obtidos pelo Ministério da Educação (vide Tabela 01), pode-se verificar uma incompatibilidade grande entre as necessidades básicas de saúde da população e as vagas oferecidas nos cursos de residência médica.

A residência em Medicina de Família e Comunidade é a única destinada a preparar profissionais para a atenção primária – responsável por aproximadamente 80% da demanda – porém tem um número de vagas disponíveis na Região Sul inferior a todas as outras residências destinadas à atenção secundária: Clínica Médica (278), Cirurgia Geral (161), Ginecologia e Obstetrícia (181) e Pediatria (261).

A desigualdade encontrada entre o número de vagas nos programas de residência oferecidos, foi intensamente destacada pelos estudantes:

"...as residências pagas oferecidas pelo governo deveriam se adequar às necessidades da população". (Q2)

"É sensato que o número de vagas nas áreas básicas de saúde das Residências Médicas seja aumentado (e provavelmente esta é a tendência atual), reduzindo as especialidades pois os interesses do governo estão se voltando à saúde pública e medicina da família: PSF." (Q42)

Além disso, o número de vagas disponíveis na Região Sul para Medicina de Família e Comunidade (100 vagas) é o mesmo que Psiquiatria e ainda inferior ao de outra especialidade, Anestesiologia, com 123 vagas.

Os alunos também apontaram o demasiado espaço que possuem determinadas especialidades nos programas de residência médica:

"Em virtude do número de vagas muito elevado em determinadas especialidades, estas acabam ficando com um número de profissionais muito elevado para as necessidades da população." (Q18)

"...a limitação de vagas para residências em especialidades, de acordo com a demanda populacional". (Q13)

É preciso saber quanto e que especialistas são necessários ao sistema de saúde, e estabelecer mecanismos de compensação entre as regiões para contrabalançar os desequilíbrios na oferta de programas e de especialidades.²

"Seria necessário que o Estado fizesse um trabalho sobre quais especialidades médicas estão deficientes de profissionais e só abrissem vagas de residência para estas especialidades." (Q43)

É preciso articular as decisões políticas envolvendo a organização do sistema de saúde em relação à formação dos recursos humanos², como observado pelos acadêmicos:

"O governo deve dar mais incentivos (melhor remuneração, condições de trabalho e aprendizado, mais vagas) para as residências que cubram as necessidades de saúde da população". (Q6)

"Seria justo um financiamento maior do governo às especialidades que se mostrassem de maior necessidade aos anseios da população. Outras especialidades poderiam ter residências não financiadas pelo governo federal ou ter apenas financiamento parcial." (Q14)

É necessário um estudo de reestruturação das residências médicas financiadas pelo SUS, a fim de reduzir custos, mas principalmente tornar o atendimento à população mais eficiente e de melhor qualidade. E para haver coerência com as novas tendências de organização da prática, será necessário fazer não somente a revisão do número de programas e de vagas, mas também redefinir conteúdo e cenários de formação.²

4.5 Políticas públicas que favoreçam o médico da atenção básica

A gestão do trabalho e da educação na saúde é uma competência constitucional e legal dos gestores do SUS. Os trabalhadores de saúde não podem ser vistos como mais um recurso na área de saúde, mas como autores fundamentais da implementação do SUS.¹

Em relação ao trabalho no SUS, principalmente nos últimos oito anos, foi incentivado o estabelecimento de relações precárias de trabalho, que burlam o valor social do servidor público como agente do Estado Democrático para a proteção social da população, assim como os direitos conquistados pelos trabalhadores na Constituição de 1988.¹

A necessidade de incentivo do governo para o desenvolvimento da atenção básica, foi assinalada pelo alunos:

"Elaboração de políticas públicas que prestigiem o médico que trabalha com atenção primária" (Q7)

"O que deveria ter são melhores salários para os médicos generalistas e maiores perspectivas, o que poderia ser alcançado com mais recursos para saúde e melhor distribuição do dinheiro público." (Q33)

Porém, a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, o Ministério da Saúde assume seu papel de gestor federal do SUS no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da formação e desenvolvimento do trabalho em saúde e do planejamento e gestão da força de trabalho em saúde no Brasil, levando em conta os princípios e diretrizes da Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB-RH/SUS).¹

Estas ações serão realizadas em um processo de discussão e pactuação entre os gestores do SUS, trabalhadores da saúde e suas entidades representativas e sindicatos, através da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS e a Câmara de Regulação.¹

Cabe ao Ministério da Saúde a proposição, acompanhamento e execução de política de gestão do trabalho e de regulação profissional, de negociação do trabalho em saúde junto com os segmentos do governo e dos trabalhadores, e o incentivo à estruturação de uma política de gestão do trabalho na esfera estadual e municipal, envolvendo os setores público e privado que compõem o SUS.¹

"Outra mudança importante seria a criação de planos de carreira para médicos generalistas do SUS." (Q4)

"...os médicos necessitariam de uma maior estímulo para o trabalho na rede pública, seja com salários melhores, melhores condições de trabalho..." (Q9)

"O problema talvez seja a hipertrofia das especialidades devido ao aporte econômico que os médicos especialistas são submetidos. Porém se os médicos gerais ganhassem mais que os especialistas a hipertrofia seria inversa." (Q23)

Além disso, a educação técnica, de graduação e pós-graduação, em saúde, geralmente, não está voltada para as necessidades de saúde da população e de organização do SUS. O enfoque é, geralmente, biologicista, centrado no procedimento e hospitalocêntrico. Não existe um processo de educação permanente dos trabalhadores de saúde e o incentivo ao trabalho e a educação em equipe. Não há o entendimento de que todos os serviços de saúde, e não só os hospitais universitários, são e devem ser locais de ensino. Geralmente o SUS acaba tendo que suprir as deficiências da formação formal com capacitações como das equipes de saúde da família.¹

Além da situação financeira, o incentivo ao aperfeiçoamento na formação dos profissionais da atenção básica também foi observado pelos estudantes:

"...criar incentivos ao seu trabalho como generalista - plano de cargos, carreira e salários, cursos de atualização..." (Q34)

O avanço na descentralização do SUS trouxe a necessidade de formar milhares de profissionais para dar conta dos múltiplos aspectos da gestão, a

expansão da saúde da família deixou evidentes as limitações do perfil atual de formação, como um ponto de estrangulamento na implementação do SUS, sobretudo no domínio da clínica na atenção básica, no trabalho em equipes transdisciplinares e nas ações intersetoriais para garantir o exercício da atenção integral à saúde, resolutiva e de qualidade.¹

Cabe ao Ministério da Saúde, a proposição e formulação da Política de Educação Permanente em Saúde levando em conta a relação entre educação e trabalho, a mudança na formação e a produção de conhecimento e à recomposição das práticas de atenção, de gestão, de ensino e de controle social no setor da saúde.¹

Para a implantação da Política de Educação Permanente é constituído o Pólo de Educação Permanente em Saúde, articulação interinstitucional, em um território, entre gestor estadual, gestores municipais do SUS, as universidades e instituições de ensino, escolas técnicas, centros formadores, escolas de saúde pública, núcleos de saúde coletiva, hospitais universitários, entidades profissionais, Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, movimento estudantil e movimento social que trabalha com saúde, fortalecendo seus compromissos com o SUS.^{1, 22}

Os Pólos devem trabalhar com a educação permanente das equipes de saúde e dos agentes sociais da saúde, com o objetivo de humanizar e qualificar a atenção.^{1, 22}

As mudanças voltadas para as necessidades de saúde da população e de organização do SUS no ensino de pós-graduação, graduação e educação técnica, serão incentivadas, pela articulação e inserção de docentes e estudantes nos cenários de prática dos serviços de saúde, pela implantação das diretrizes curriculares e pela inserção das instituições formadoras nos Pólos.^{1, 22}

Outras duas ações estratégicas são a formação de formadores e a formação de formuladores de políticas. Um processo de formação dos formadores, que utiliza basicamente os recursos da educação à distância e possibilita ampliar radicalmente o contingente de profissionais preparados.¹

Além disso, o Governo Federal tem aumentado consecutivamente os recursos para a atenção básica. Em 1996, foi aplicado R\$ 1,511 bilhão (preços nominais), em 2001, foram aplicados R\$ 4,208 bilhões, o que representa um

crescimento de R\$ 2,697 bilhões ou 178%. Para 2002, R\$ 5,163 bilhões, incluindo-se R\$ 300 milhões do Programa Bolsa Alimentação e mais R\$ 100 milhões para aquisição e distribuição de medicamentos para os programas de hipertensão e diabetes.¹

4.6 Especialista trabalhando simultaneamente como médico generalista

Os estudantes apontaram a proposta do médico especialista trabalhar concomitantemente na atenção básica:

"...ter uma especialidade e trabalhar como médicos gerais de acordo com a necessidade" (Q5)

"...integrar os especialistas com as atividades generalistas nos programas de atenção básica, dividindo assim seu tempo entre as duas coisas." (Q9)

"...não só dedicar-se ao atendimento de sua especialidade, mas também de conciliar com trabalho junto à atenção básica." (Q24)

No entanto, a proposição supracitada apresenta algumas dificuldades de realização. Primeiramente, no que diz respeito à visão de saúde/doença, pois as bases para pensar a doença de um microbiologista, de um cirurgião, de um sanitarista ou de um clínico geral são incompatíveis, e toda sua forma de pensar a doença é compatível com seu estilo de pensamento.⁴ Seria muito difícil conciliar a verticalidade da visão de um especialista com a horizontalidade da visão de sociedade necessária para a atenção básica.

E, além disso, a atenção básica não necessita simplesmente de médicos, mas de profissionais qualificados para atuar neste nível, preparados para lidar além dos aspectos clínicos, com a comunidade e todas as suas implicações sociais.

4.7 Restringir a criação de novas escolas médicas

De 1996 a 2000 foram aprovados 14 novos cursos de medicina no país. Em 2001 e 2002 foram aprovados mais 12. O número de escolas públicas permaneceu quase o mesmo, mas o número dos cursos em escolas particulares cresceu significativamente. Em 96, havia 35 cursos, saltando para 58 em 2002, ou seja, nos últimos seis anos foram criados 23 novos cursos. Estes são os últimos dados divulgados pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais do Ministério da Educação (Inep/MEC), que contabiliza 112 escolas de medicina no país.²³

Curso/Ano	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Federal	33	33	33	33	34	34	36
Estadual	15	14	15	15	15	15	15
Municipal	3	3	4	4	3	3	3
Particular	35	38	40	45	48	50	58
Total	86	88	92	97	100	102	112

No presente trabalho, um dos alunos aponta como solução, a restrição à abertura de novos cursos de medicina:

“...evitar a criação de novas escolas médicas...” (Q13)

Atualmente, contamos com 116 escolas médicas em funcionamento no país. Só nos primeiros seis meses de 2003, cinco novos cursos de Medicina foram autorizados pelo Ministério da Educação. Essas autorizações levaram o Ministério da Saúde a pedir a suspensão, por cento e oitenta dias, da abertura de novos cursos na área. As entidades médicas apóiam esta medida e acreditam que essas autorizações deveriam ser suspensas por um mínimo de dez anos, conforme propõe o Projeto de Lei 65/03, do deputado Arlindo Chinaglia.²⁴

O projeto de lei (PL 65/03) apresentado pelo deputado Arlindo Chinaglia proíbe a criação de novos cursos de Medicina pelo prazo de dez anos e também veda a ampliação de vagas nos cursos já existentes. O objetivo da proposta é combater os cursos de má qualidade, além de proteger as condições de trabalho dos médicos formados em instituições de bom nível da invasão do mercado por diplomados em cursos ruins. Chinaglia denuncia que grandes empresas de saúde vêm fundando escolas médicas para obter mão-de-obra barata. O deputado garante que a proibição de novos cursos de Medicina não causará prejuízos à população: “O Brasil já tem uma relação de médicos por habitante acima do índice recomendado por instituições internacionais, que é de 12 médicos para 10 mil habitantes. Atualmente, o aumento do número de médicos é maior do que a taxa de crescimento do total da população”, conclui.²⁴

A discussão deve ser inserida no âmbito das políticas de saúde, visando buscar um consenso sobre a quantidade e o perfil do médico que o país necessita, e a necessidade social como pré-requisito para a abertura de novas escolas de medicina.²⁴

Há também um projeto de lei já em trâmite no Congresso Nacional que altera a Lei nº 9394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Tal projeto condiciona a criação de cursos de graduação na área da saúde por Universidades e demais instituições de ensino superior, à submissão em caráter terminativo à manifestação do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Esta é uma estratégia política que visa criar um dispositivo de controle para os cursos de medicina, visto que, atualmente, o parecer do CNS para a abertura de novos cursos é meramente consultivo.²³

A abertura indiscriminada de escolas médicas é inaceitável, e é preciso trabalhar no sentido de controlar a expansão das faculdades que não possuam um complexo hospitalar e ambulatorial com corpo clínico qualificado. Estamos em um momento de avaliação das já existentes e de uma mudança curricular, pois médicos sem qualificação são prejudiciais ao atendimento e à população.²³

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) 12ª Conferência Nacional de Saúde. Disponível em www.12conferencia.saude.gov.br. Acesso em 02/02/2004.
- 2) Feuerwerker, L. Além do discurso de educação médica – processos e resultados. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2002, 306 p.
- 3) Rosen, G. Da Polícia Médica à Medicina Social. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1980.
- 4) Da Ros, M.A. A presença de Tyler e Flexner no curso de Medicina da UFSC. 1995.
- 5) Waitzkin, H. Visão Marxista do atendimento médico – apostila – sem data.
- 6) Neto, E.R. Reorientando o setor saúde no Brasil – documento apresentado no Encontro Continental de Educação Médica. Punta Del Leste, Uruguai, outubro, 1994.
- 7) Cutolo, LRA. Estilo de pensamento em educação médica: um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC. Tese de Doutorado em Educação. Florianópolis: CED/UFSC, 2001. 208p.
- 8) Rodriguez, M.I. Toma de posicion frente a lãs experiências avaluativas em educacion medica - documento apresentado no Encontro Continental de Educação Médica. Punta Del Leste, Uruguai, outubro, 1994.
- 9) Almeida, M.J. Educação médica e saúde – possibilidades de mudança.. Londrina: Ed. UEL; Rio de Janeiro: ABEM, 1999, 196p.
- 10) Ministério da Educação (MEC) – Secretaria de Educação Superior (SESu). Disponível em <http://www.mec.gov.br/Sesu>. Acesso em 02/02/2004.
- 11) Minayo, M.C.S. (organizadora); Deslandes, S.F.; Neto, O.C.; Gomes, R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 3ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994, 80p.
- 12) Minayo, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3ª ed. São Paulo: Hucitec/ ABRASCO, 1994.
- 13) Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: 70/ LDA, 1997.
- 14) Gama, L.A. Educação Popular em Saúde – Reflexões sobre os conceitos e a prática do estudante de medicina da UFSC. Trabalho de conclusão do curso

de medicina –. CCS/Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003, 81p.

- 15) Rede Unida. Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde. Documento veiculado no Seminário “Impulsionando as mudanças nos cursos paranaenses da área da saúde: rumo à implantação das novas diretrizes curriculares. Curitiba, 21 e 22 de junho de 2002.
- 16) CINAEM (Comissão Interinstitucional De Avaliação Do Ensino Médico) - Relacionando os Resultados do Projeto CINAEM. Boletim da Associação Brasileira de Educação Médica. Vol. 25, número 2, 1997.
- 17) Ministério da Saúde. Disponível em www.saude.gov.br. Acesso em 02/02/2004.
- 18) Da Ros, MA. Estilo de pensamento em saúde pública: um estudo da produção da FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck. Tese de doutorado em Educação e Ciência. Florianópolis: CED, UFSC, 2000. 207p.
- 19) Sobral, D. J. - Retrospecto da Cúpula de Edimburgo: Subsídios para a Educação Médica. Revista Brasileira de Educação Médica. 18 (3): p. 103-110, 1994.
- 20) Marcondes, E. - Currículo Nuclear - Abordagem Pediátrica. Pediatria - São Paulo. 19 (1): 6-8, 1997.
- 21) Ministério da Educação/ Comissão de ensino Médico – O Currículo na Formação do Médico Geral. Rev. Bras. Educ. Méd. 10 (2): 98-104, 1986.
- 22) Ministério da Saúde – Portaria N0 198/ GM/MS: Política Nacional de Educação Permanente, 13 de fevereiro de 2004.
- 23) Jornal da Associação Médica Brasileira - junho/julho 2002. Disponível em www.amb.org.br. Acesso em 01/02/2004.
- 24) Jornal da Associação Médica Brasileira - setembro/outubro 2003. Disponível em www.amb.org.br. Acesso em 01/02/2004.
- 25) Henrique, F. Concepções do Sistema Único de Saúde entre professores do curso de medicina da UFSC. Trabalho de conclusão do curso de medicina – CCS/Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002, 46p.
- 26) Waltrick, C.R. Concepções de Saúde e promoção à saúde dos estudantes de medicina da UFSC. Trabalho de conclusão do curso de medicina – CCS/Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001, 34p.

7 RESUMO

O presente estudo pretende contribuir para o entendimento das expectativas profissionais dos estudantes de Medicina no início do internato médico, por meio da análise das concepções dos acadêmicos da 10ª fase da Universidade Federal de Santa Catarina, ingressados no primeiro semestre de 1999. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de análise de conteúdo, baseada em uma (01) questão discursiva: “As necessidades de saúde da população X Os desejos dos estudantes por especialidades X As residências pagas pelo governo. Como adequar essas aparentes contradições?” A análise dos questionários revelou 7 categorias sugeridas pelos estudantes como possíveis adequações para a questão supracitada: mudança curricular, Programa de Saúde da Família, formação de médicos generalistas, residências pagas pelo governo adequadas às necessidades da população, políticas públicas que favoreçam o médico da atenção básica, especialista trabalhando simultaneamente como médico generalista e restringir a criação de novas escolas médicas. A partir dos resultados obtidos, conclui-se que mesmo os estudantes tendo recebido uma formação acadêmica de excessivo mecanicismo, biologismo e ênfase na especificidade, as categorias apontam principalmente para o incentivo à atenção primária e à formação de profissionais adequados a esse nível de atendimento, a fim de reduzir custos, tornar o acesso à saúde mais eficiente e, principalmente, corresponder da melhor forma possível às necessidades de saúde da população.

8 SUMMARY

The present study intends to contribute for the understanding of the professional expectations of medicine's students in the beginning of the medical boarding school, through the analysis of the academics' of the 10a phase of the Federal University of Santa Catarina conceptions. It is a qualitative research, of content analysis, based on a (01) discursive subject: " The health needs of the population X the students' desires for specialties X the residences pay by the government. How does to adapt those apparent contradictions "? The analysis of the questionnaires reveal 7 categories pointed by the students as solutions for the above-mentioned subject: reform curricular, Program of Health of the Family, formation of generic doctors, residences pay by the government adapted to the needs of the population, public politics that favor the doctor of the basic attention, specialist working simultaneously as generic doctor and to restrict the creation of new medical schools. Starting from the obtained results, it is ended that even the students having received a academic formation of excessive mechanicism, biologism and emphasis in the specificity, the alternatives suggest the incentive to the primary attention and the formation of appropriate professionals at that attendance level, in order to reduce costs, to turn the access to the health most efficient and, mainly, to correspond as best as possible to the health needs of the people.

Schuldt, Michela.
**Expectativas profissionais de alunos do curso de
medicina da UFSC/ Michela Schuldt – Florianópolis, 2004.**
33p.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) –
Universidade Federal de Santa Catarina – Curso de Graduação
em Medicina.

1. Expectativas profissionais. 2. Educação Médica.
3. Pesquisa qualitativa.